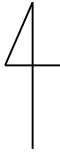






















事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

発生日時	平成 年 月 日 午前, 午後 時 分頃																	
発生場所																		
甲 (相手運転者) 氏 名			乙 (被保険者) 氏 名															
天 候	晴, 曇, 雨, 雪, 霧	交通状況	混雑, 普通, 閑散	明 暗	昼間, 夜間, 明け方, 夕方													
道路状況	舗装【してある, してない】 歩道 (両, 片)【ある, ない】 直線, カーブ, 平坦, 坂道 見通し【良い, 悪い】 積雪, 凍結 環境【商店街, 住宅街, 田園 (郊外) 国道, バイパス, 山間地, その他 ()】																	
信号又は標識	信号【ある, ない】 駐, 停車禁止【されている, されていない】 その他標識 ()																	
速 度	甲車両	km/h	(制限速度	km/h)													
	乙車両	km/h	(制限速度	km/h)													
事故現場における自動車と被害者との状況を图示してください。	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入してください。)																	
	N 				<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">相手車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>受給者車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>進行方向</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>信 号</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>一時停止</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>人 間</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>自 転 車 オートバイ</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>	相手車		受給者車		進行方向		信 号		一時停止		人 間		自 転 車 オートバイ
相手車																		
受給者車																		
進行方向																		
信 号																		
一時停止																		
人 間																		
自 転 車 オートバイ																		
上記図の説明を書いてください																		

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車が有り、判明している場合にはご記入下さい。

自動車の番号		加害運転者	氏名 (電話)
所 有 者	〒 住所	氏名	(電話)

平成 年 月 日

報告者

甲との関係 ()

乙との関係 () 氏名

印

念 書（兼同意書）

平成 年 月 日 において の

不法行為により の蒙った負傷について、国民健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を国民健康保険法第64条第1項の規定によって保険者が給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の1から3までについては遵守することを誓約し、4及び5については同意します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず事前に貴職にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供すること。
5. 本件保険事故に関する損害保険会社等に対する請求支払状況等について香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等から情報の提供を受けること。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

三豊市長 殿

誓 約 書

平成 年 月 日

番地先において傷害をうけた 様の治療費は、貴（市・町・国保組合）の国民健康保険で給付が行われておりますが、国民健康保険法の規定により貴（市・町・国保組合）が給付を行った額の限度で私の過失分について貴（市・町・国保組合）の請求に基づき遅滞なく支払を履行することを誓約いたします。

平成 年 月 日

支払義務者 住所

氏名

印

三豊市長 殿

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">[理由]</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">[理由]</div>		
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。			
届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日

裏面へ ☞ (交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。)

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。			
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	住所 〒 _____	記入日	年 月 日
	氏名 _____		印
	電話 () _____		

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（法第 16 条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第 15 条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する口のすべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 ()		

【 事案情報 被害者名: _____ 事故日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日時		年 月 日		午前 午後	時 分頃	天候
発生場所						
当事者	甲	住所	電話 ()			
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号	
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
	乙	住所	電話 ()			
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号	
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
	丙	住所	電話 ()			
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号	
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
	丁	住所	電話 ()			
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号	
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
戊	住所	電話 ()				
	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才		
	自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号		
	登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。